

FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20061120_f_vd_o_01 vom 20. November 2006

FINMA Versicherungsrecht, 2006-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/finma_versicherungsrecht_20061120_f_vd_o_01

FR: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20061120_f_vd_o_01 du 20 novembre 2006

IT: FINMA_VERSICHERUNGSRECHT 20061120_f_vd_o_01 del 20 novembre 2006

Erwägungen

E. 6

• Cervico-scapulalgie gauche dans un contexte de : Capsulite rétractile de l'épaule gauche. Epicondylalgie gauche. Discopathie dégénérative avec perte de hauteur au niveau C5-C6 de 50 %. Minime rétrolisthésis de C5 sur C6 et modeste comblement du trou de conjugaison à ce niveau. - Souffrances algodysfonctionnelles thoraco-lombaires. • Etat dépressif réactionnel dans une constellation : - Attaques de panique avec agoraphobie. Etat de stress suite à un mobbing et notion de licenciement abusif. Sur le plan rhumatologique, ce praticien estime la capacité de travail de l'assurée à 100 % depuis le 22 octobre 2005. En droit: 1. Y a conclu avec l'entreprise M , à G, un contrat d'assurance d'indemnités journalières de maladie collective. Il s'agit d'une assurance complémentaire au sens de l'article 12 alinéas 2 et 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-après : LAMaI; RS 832.10). En l'état, la valeur litigieuse n'est pas déterminée. En vertu de l'article 12 alinéa 3 LAMaI, les assurances complémentaires sont soumises au droit privé, soit à la loi fédérale sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA; RS 221.229.1). Le Canton de Vaud a confié au Tribunal des assurances le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (Décret du Grand Conseil du 20 mai 1996 [RSV 173.431]), ce que ne contredit aucune norme de droit fédéral (ATF 125 III 461, JT 2000 I 124). La compétence du Tribunal des assurances pour toutes les assurances-maladie (complémentaires) relevant de la LCA a d'ailleurs été reconnue par l'autorité cantonale de recours supérieure (Ch. rec., arrêt SP c. S 10300

E. 7

Assurances, du 24 juin 1998, n° 257/1998, in : JT 1999 III 106, consid. 4 et 5). Un recours en réforme interjeté contre cet arrêt devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 7 avril 1999 de la IIe Cour civile. S'agissant désormais d'un contentieux de droit privé, et non plus de droit administratif, la procédure applicable n'est plus celle du recours, mais celle de l'action (art. 47 de la loi fédérale du 23 juin 1978 sur la surveillance des assurances, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005, dont la teneur a été reprise par l'article 85 de la nouvelle loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des assurances (LSA; RS 961.01), en vigueur dès le 1er janvier 2006; ATF 124 III 44, JT 1998 I 377; RAMA 1998, n° KV 35, p. 290; ATF 123 V 324, consid. 3a, RAMA 1998, n° KV 22, p. 49; Spira, Le nouveau régime de l'assurance complémentaire, in : Revue suisse d'assurances [RSA] 1995, pp. 192 ss, spéc. ch. 5; du même auteur, Le contentieux de la nouvelle assurance-maladie, Sécurité sociale 1995, pp. 256 ss, spéc. p. 258; Viret, Assurances-maladie complémentaires et loi sur le contrat d'assurance, in : Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, éd. IRAL, Lausanne 1997, pp. 669 ss, spéc. pp. 685-687; Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Bâle 1996, pp.

135 ss; Ritter, Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMaI, RSA 1995, pp. 209 ss, spéc. ch. 2 et 3). La demande déposée par X est dès lors recevable à la forme. 2. La question à examiner en l'espèce est celle de savoir si la demanderesse présente après le 31 juillet 2005 une incapacité de travail justifiant le versement de prestations par la défenderesse. 3. a) A la différence de la couverture des soins de l'assurance-maladie sociale, les assurances-maladie complémentaires ne sont pas régies exhaustivement par la loi; elles relèvent, avec les restrictions propres au droit du contrat d'assurance régi par la LCA, du principe de la liberté contractuelle, qui implique non seulement la liberté de contracter ou de ne pas contracter, mais aussi d'aménager le contenu des rapports contractuels (Viret, Droit des 10300

E. 8

assurances privées, 2e éd., Zurich 1985, pp. 19 ss; Recueil de travaux, op. cit., p. 673). Dans la pratique, les conditions d'assurance forment le contenu ordinaire et typique du contrat d'assurance; elles se subdivisent en conditions générales (art. 3 al. 1er LCA) et en conditions particulières, lesquelles font partie intégrante du contrat (Viret, Recueil de travaux, op. cit., p. 673). L'assureur peut les modifier en préservant les droits de l'assuré selon l'article 35 LCA, étant en outre précisé que la LCA comporte des dispositions impératives (art. 97) et des dispositions qui ne peuvent être modifiées au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit (art. 98). A teneur de l'article 33 LCA, sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise et non équivoque. b) En l'espèce, l'article 4 CGA précise qu'il y a incapacité de travail lorsque la personne assurée est incapable, totalement ou partiellement, d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative que l'on peut raisonnablement attendre d'elle. Selon l'article 2 des conditions complémentaires pour l'indemnité journalière de maladie, les prestations prennent effet lorsque l'incapacité de travail a subsisté sans interruption pendant le délai d'attente fixé dans le contrat (ch. 1). Le délai d'attente court dès la date où le médecin a reconnu une incapacité de travail d'au moins 25 %, mais au plus tôt trois jours avant la première consultation médicale (ch. 2). 4. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de trancher la question litigieuse. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans 10300

E. 9

apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, le Tribunal fédéral des assurances considère comme déterminant que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3a et les réf.; RAMA 2000, n° KV 124, p. 214). Lorsque l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier

cette appréciation, il est superflu de chercher d'autres preuves (appréciation des preuves anticipées; Gygi, Bundesverwaltungs- rechtspflege, 2e éd., p. 27; Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., p. 135; cf. aussi ATF 104 V 209, consid. a). Une telle manière de procéder ne viole par le droit d'être entendu selon l'article 29 de la Constitution fédérale (ATF 106 la 161, consid. 2b; RAMA 1985, n° K 646, p. 235, consid. 2d). Cette jurisprudence est applicable par analogie en matière d'assurance-maladie complémentaire.

5. a) S'agissant du problème de cervico-scapulalgies gauches, le Dr F, dans un certificat médical du 25 juillet 2005, attestait d'une incapacité de travail à 100 % dès le 31 mai 2005. Il n'y avait ainsi pas d'incapacité de travail pour cette affection avant la fin du contrat de travail intervenue au 28 février 2005, de sorte que la demanderesse n'a pas droit à des indemnités journalières de ce chef, l'article 10 CGA prévoyant expressément que lorsque la couverture d'assurance prend fin par la fin des rapports de travail, la caisse ne 10300

- 10 - verse l'indemnité journalière que pour les maladies provoquant une incapacité de travail au moment de la fin de la protection d'assurance. b) Sur le plan psychiatrique, la Dresse D diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement en rémission. Elle conclut à une reprise de travail à 50 % avec effet immédiat et à 100 % dans un délai d'un à deux mois dès l'examen, soit dès le 1^{er} juillet 2005 ou 1^{er} août 2005. Elle a la conviction que la reprise d'une activité lucrative est un moyen d'aider la patiente à pouvoir éviter le renforcement négatif d'auto-dévalorisation, le repli social et surtout l'isolement social d'autant que le contexte familial n'est guère propice et favorable à la rémission. Elle relève certes qu'une reprise trop précoce et dans le même climat de travail pourrait être susceptible éventuellement d'induire la persistance de symptômes de dépression mais que l'inactivité est encore pire et plus à même de renforcer et d'auto-invalider la patiente dans son estime de soi fort médiocre à ce jour. Elle est d'avis qu'il est impératif que la demanderesse puisse retrouver une activité très vite à un taux progressif afin de pouvoir s'épanouir. Ainsi, non seulement l'expert estime que la demanderesse a une capacité de travail de 100 % dès le 1^{er} août 2005 au plus tard, mais encore que l'inactivité est fortement préjudiciable à son état de santé. L'expertise procède d'une étude approfondie de l'état de santé de la demanderesse. Elle ne contient pas de contradictions, est complète et tient compte tant des plaintes de la patiente que de l'examen médical et des éléments du dossier. Ses conclusions sont bien motivées et convaincantes. Certes, le Dr P, qui diagnostique une évolution anxio-dépressive modérée à sévère, estime nulle la capacité de travail. Il ne motive toutefois pas cette appréciation. En outre, il mentionne aussi que l'ancienne activité peut être exercée à raison de deux heures par jour, ce qui paraît contradictoire. La Dresse S estime également nulle la capacité de travail. Toutefois, son appréciation n'est pas motivée et elle n'est pas psychiatre. Enfin, les Drs P et S sont les médecins traitants de l'assurée. Or le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références). 10300

En conséquence, l'expertise remplit les critères posés par la jurisprudence et il n'y a pas d'éléments au dossier de nature à la mettre en doute. Il convient ainsi de lui reconnaître valeur probante. Il y a dès lors lieu d'admettre que la demanderesse a retrouvé une pleine capacité de travail sur le plan psychique au plus tard le 1^{er} août 2005. c) La documentation médicale produite au dossier est complète, permettant ainsi au tribunal de statuer. Il n'y a dès lors pas lieu de procéder à un complément d'instruction. Partant, la requête d'expertise déposée par la demanderesse doit être rejetée. 6. La demanderesse allègue enfin que son état

de santé s'est dégradé et avoir fait une tentative de suicide. Elle requiert que des rapports médicaux soient demandés aux Drs P et S. Il ne résulte cependant pas des rapports médicaux des mois de décembre et janvier. 2005 de ces praticiens que l'état de santé de la demanderesse s'est aggravé, mais au contraire qu'il était stationnaire. La capacité de travail de la demanderesse était donc entière en tout cas d'août à décembre 2005. Les articles 9 et 10 CGA prévoient que la couverture d'assurance prend fin notamment par la fin des rapports de travail, mais que l'indemnité journalière est versée pour les maladies ayant provoqué une incapacité de travail avant la fin du contrat de travail. Cette extension est toutefois soumise à la condition que l'incapacité de travail persiste de manière ininterrompue en étant due à la même cause et en atteignant le même degré que précédemment. Tel n'est pas le cas en l'espèce, la demanderesse ayant été capable de travailler pendant cinq mois en tout cas. Ainsi, même si l'aggravation de l'état de santé de la demanderesse était avérée en 2006, elle n'aurait de toute manière pas droit à des indemnités journalières. 10300

- 12 - L'interpellation des Drs P et S n'est dès lors pas utile. 7. Au vu de ce qui précède, la demande déposée contre Y doit être rejetée. 8. a) La défenderesse conclut à l'octroi de dépens, à la charge de la demanderesse. A teneur de l'article 26bis de la loi cantonale sur le Tribunal des assurances (ci-après : LTAs; RSV 173.41), applicable par analogie dans le cadre d'une demande déposée devant le Tribunal des assurances, des dépens peuvent être alloués au recourant qui obtient gain de cause et sont supportés par la partie intimée. Ils sont arrêtés globalement dans le jugement. La quotité des dépens dépend du droit cantonal, et leur montant doit être fixé en tenant compte du travail et de la perte de temps occasionnés par le procès. Dans les procédures d'action de droit administratif, aucune indemnité pour les frais de procès n'est allouée, en règle générale, aux autorités qui obtiennent gain de cause et aux organismes chargés de tâches de droit public. Selon la jurisprudence, les caisses-maladie sont assimilées à de telles autorités, de sorte que, en règle générale, aucune indemnité de dépens ne leur est allouée, qu'elles soient ou non représentées par un avocat (ATF 107 V 233, 106 V 123; art. 159 al. 2 OJ par analogie). Il n'y a pas lieu de faire une exception à ce principe en l'espèce. b) S'agissant des frais, la procédure devant le Tribunal des assurances est en principe gratuite, sauf en cas de témérité de la partie recourante ou de complication inutile de la procédure provoquée par la partie intimée (art. 26 LTAs, applicable par analogie). Aucune de ces éventualités n'étant réalisée en l'espèce, il n'y a pas lieu de mettre de frais à la charge de l'une ou l'autre des parties. 10300

- 13 - Par ces motifs, le Tribunal des assurances prononce : I. La demande déposée par X à l'encontre de Y assurances, est rejetée. II. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente :
Le greffier : Le présent jugement, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est communiqué aux parties par lettre signature avec accusé de réception. Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en première instance n'atteignent pas une valeur de 8'000 fr., les parties peuvent recourir au Tribunal cantonal dans un délai de dix jours dès la notification du présent jugement, en déposant, au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne, un acte de recours en deux exemplaires désignant le jugement attaqué et contenant leurs conclusions en réforme, éventuellement en nullité ou, à défaut, en indiquant sur quels points le jugement est attaqué et quelle est la modification demandée. Si, d'après leurs conclusions, les droits contestés en instance cantonale atteignent une valeur d'au moins 8'000 fr., il est loisible aux parties d'interjeter un recours en réforme au Tribunal fédéral, dans un délai de 30 jours dès la réception de la

communication écrite de la décision. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, 10300

- 14- au greffe du Tribunal cantonal des assurances, Route du Signal 8, 1014 Lausanne. Outre la désignation de la décision attaquée et de la partie intimée, l'acte de recours doit contenir : a. Dans les contestations de nature pécuniaire lorsque le montant de la réclamation n'est pas déterminé, la mention que la valeur exigée est atteinte, ainsi que, éventuellement, les motifs pour lesquels le recourant conteste une constatation contraire de la juridiction inférieure; b. L'indication exacte des points attaqués de la décision et des modifications demandées. Le simple renvoi aux conclusions formulées dans la procédure cantonale ne suffit pas. Il ne peut être présenté de conclusions nouvelles; c. Les motifs à l'appui des conclusions. Ils doivent indiquer succinctement quelles sont les règles de droit fédéral violées par la décision attaquée et en quoi consiste cette violation. Il ne peut être présenté de griefs contre les constatations de fait, ni de faits, exceptions, dénégations et preuves nouveaux, ni d'observations sur la violation du droit cantonal; d. Lorsque la constatation d'un fait que la juridiction cantonale doit apprécier d'après le droit fédéral est attaquée pour le motif qu'elle repose manifestement sur une inadvertance, l'indication exacte de cette constatation et la pièce du dossier qui la contredit; e. Le cas échéant, la demande d'assistance judiciaire (art. 152 OJF). (art. 43 ss OJF, spéc. art. 46, 54 et 55). Le jugement est également communiqué à l'Office fédéral des assurances privées Le greffier : 10300

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.